

PATIENT INFORMATION CARD ESPAÑOL

Favor de completar TODOS los blancos

Fecha: _____ MRN: _____ Numero de Seguro Social _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: H M Raza _____
Grupo Etnico: _____ Estado Matrimonial _____ Idioma Preferido _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Telefono Residencial: _____ Telefono Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____ email: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Doctor
Primario: _____ Telefono: _____

Referido Por: _____

Si menor de edad, persona responsable:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

En caso de emergencia, llamar a:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Seguro medico: _____ Garantizador _____

Medicare # _____ Medical # _____

Nombre de Farmacia: _____

Direccion de Farmacia: _____

Telefono de Farmacia: _____

Fecha

Firma